FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

J.-L.-Antoine PELLETIER

Né à Laferté-sur-Amance (Haute-Marne), le 28 juillet 1890

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RAPPORTS DU PSORIASIS

ET DE LA TUBERCULOSE

Président : M. LETULLE, *professeur*

A. MALOINE & FILS, ÉDITEURS

27 — RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE — 27

PARIS 1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU LEJARS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE N.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

218

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Maurice LETULLE

Professeur d'anatomie pathologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin honoraire des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

Avec l'expression de notre profonde gratitude pour le grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
RAPPORTS DU PSORIASIS
ET DE LA TUBERCULOSE

INTRODUCTION

Le psoriasis est, de toutes les maladies, une de celles qui ont donné lieu au plus grand nombre de discussions, qui ont le plus fait couler d'encre. Affection assez répandue, si ses caractères morphologiques constants en font une lésion cutanée bien définie, nous ne pouvons encore, par contre, en préciser la nature ; nous n'en connaissons pas encore le remède spécifique.

Dans cette étude plus que modeste, nous ne prétendons pas apporter une solution à un tel problème. Mais, nous souvenant de l'enseignement d'avant-guerre de M. le professeur Gaucher, nous avons recherché la tuberculose chez les quelques psoriasiques rencontrés au hasard pendant les hostilités ou depuis l'armistice, et chaque fois nous l'avons trou-

vée, chez les individus eux-mêmes ou dans leur famille. Chez l'un d'eux, même, l'apparition des lésions cutanées nous fit suspecter, malgré l'absence de tout symptôme fonctionnel et de tout signe physique, l'infection bacillaire, confirmée par la suite, et notre malade put ainsi bénéficier d'un traitement précoce.

Ces faits nous ont donné depuis longtemps l'idée de choisir pour sujet de thèse cette question des rapports du psoriasis avec la tuberculose.

Laissant de côté la symptomatologie et le traitement, nous nous bornerons à étudier et à discuter les différentes théories émises sur l'étiologie du psoriasis, pour arriver à déduire, de ses relations avec la bacillose, l'hypothèse d'une origine tuberculeuse, plus plausible, à notre avis, que toutes les autres.

LES DIFFÉRENTES CONCEPTIONS ÉTIOLOGIQUES DU PSORIASIS

Le psoriasis est une affection connue depuis l'antiquité : Hippocrate, Galien, Aetius, Celse, et plus tard, les auteurs arabes, ceux du moyen âge, de la Renaissance en parlent ; mais ils semblent avoir rangé en même temps, sous cette dénomination, d'autres dermatoses, et ni les uns ni les autres n'en ont fourni une étude précise.

On doit à Willan la première description exacte. Alibert, Biet, Bayer, Gibert, Devergie, Hébra l'Ancien, en étudient la symptomatologie, et frappés du bon état général, au moins apparent, coïncidant parfois avec des lésions cutanées très étendues, ne voient dans le psoriasis qu'une maladie locale, de cause externe.

Casenave cependant (*Maladies de la peau* (1847) constate qu'il coïncide ou alterne avec d'autres maladies, comme le rhumatisme articulaire. Bazin en 1860, essaie de remonter à la cause, et dans sa théorie diathésique, classe le psoriasis maladie générale, de cause interne et le divise en arthritique et herpétique.

Dès lors la discussion sur la nature du psoriasis est ouverte. Des théories s'édifient, se succèdent ou s'opposent. Nous allons les examiner successivement et discuter leur valeur. L'ordre chronologique serait bien impossible à suivre ; aussi adopterons-nous une classification analogue à celle de M. Audry dans la *Pratique dermatologique*.

1° Le Psoriasis, maladie locale de cause externe ;

2° Le Psoriasis, maladie générale de cause interne.

Le Psoriasis, maladie locale

Théorie parasitaire. — Le psoriasis est-il une maladie locale ?

Cette conception d'une cause externe qui suffisait aux anciens auteurs, reposait sur une première erreur, à savoir, que, des lésions cutanées considérables se rencontrant chez des sujets en apparence vigoureux, on avait généralisé et fait du psoriasis l'apanage d'une santé floride. Or, dès cette époque, il est bien certain qu'il était facile de rencontrer, comme aujourd'hui, des psoriasiques chétifs, ou cliniquement malades.

Cette conception devait tout naturellement conduire à la théorie mycosique, parasitaire qui prit corps avec les pseudo-germes de Wertheim, de Lang (épidermophyton), d'Ecklund (lecopolla repens). Mais Riess, élève de Wolff, montra par ses recherches que ces organisme n'existaient pas et que les

éléments observés étaient seulement des spores banales. Plus récemment, d'autres auteurs comme Menzer, Lipschütz, Sellei ont annoncé des découvertes semblables qui n'ont pas eu plus de succès que les précédentes. Et à l'heure actuelle, rien n'a encore été découvert touchant un parasite spécifique du psoriasis.

D'ailleurs les inoculations de squames tentées expérimentalement par Lassar, puis par Tommasoli, non seulement n'ont pas donné de résultats probants, mais encore n'ont pu être reproduites par Ducrey et d'autres expérimentateurs. L'inoculation tentée sur lui-même par M. Destot aboutit à un résultat qui fut mis en doute, et d'un autre côté, l'éruption obtenue, qui s'était généralisée à la suite d'une absorption d'arsenic, s'est, depuis, guérie complètement, ce qui n'est pas dans les habitudes du psoriasis, la plus incurable des affections, dit-on. Une telle évolution doit donc faire rejeter le diagnostic de psoriasis, et, eut-on constaté un psoriasis typique, M. Destot pouvait être un prédisposé, chez lequel l'inoculation, en tant que traumatisme a été la cause provocatrice.

Cette dernière interprétation s'applique également aux cas, d'ailleurs peu nombreux, de psoriasis vaccinal. Par ses expériences, M. le professeur Jeanselme, a montré que le germe pathogène ne venait pas nécessairement de l'extérieur et que les autoinoculations chez les sujets en puissance de psoriasis ne prouvaient rien. Il faudrait donc établir que

les sujets chez lesquels s'est produit le psoriasis vaccinal n'avaient jamais été atteints de cette dermatose et n'étaient pas susceptibles de l'être, ce qui est impossible. Par contre, en raison du petit nombre de ces cas, il est parfaitement logique de croire à une prédisposition des individus.

Au surplus, le psoriasis n'est pas contagieux. Les quelques cas plus que douteux de Unna, de Zarthmann, de Janvier, ne sont pas rigoureusement démontrés, et des faits aussi isolés, pour une affection relativement fréquente, ne peuvent provenir que d'une banale coïncidence.

Ainsi donc, le psoriasis n'est ni contagieux ni inoculable. Le microscope ne montre rien.

La marche excentrique de la maladie, avec contours circinés dans certains cas, l'éosinophilie légère et inconstante sont des arguments de peu de poids en faveur de la nature parasitaire. L'efficacité d'un traitement externe est également invoquée. Mais ces médicaments ne sont que des topiques dont l'action est éphémère. Et si, dans les cas où le traitement externe, au lieu d'avoir été poussé jusqu'au bout, a été arrêté avant la disparition de toute trace d'éruption, on a constaté une récidive plus rapide, on n'est pas fondé cependant à conclure qu'elle a eu pour cause des parasites restés dans les lésions encore visibles. Il convient d'interpréter cette accélération de la rechute dans le sens d'une conséquence de l'irritation due aux éléments rebelles ayant provoqué l'apparition en ces points de nouveaux éléments.

Ces taches nouvelles peuvent même apparaître au cours du traitement.

Au contraire, l'incurabilité de cette dermatose, et ses récidives, sa transmissibilité par hérédité, les influences qui président à son apparition et à ses poussées, son retentissement sur l'état général, sur le sang, sur les reins, etc..., tous ces faits s'opposent à l'hypothèse d'une affection parasitaire venue du dehors, et plaident en faveur d'une maladie générale, Les injections d'urine, d'après les expériences de M. Oro et L. Mosca, montrent que la toxicité est plus grande chez les psoriasiques que chez les sujets sains et ces auteurs concluent «... que la nature parasitaire n'est pas démontrée, et que les théories autotoxiques et neurotoxiques sont celles qui expliquent le mieux la pathogénie du psoriasis. »

Enfin les affections anatomo-pathologiques, à propos desquelles on a longtemps discuté, montrent l'inflammation et l'appel des leucocytes. Constatant que les lésions dermiques sont antérieures au lésions épidermiques, Verroti disait : « dans le psoriasis, la conception d'une toxhémie, présidant à la production des lésions cutanées, est justifiée par la nature et l'évolution des altérations histologiques.» Il faut ajouter que le fait de voir ces lésions cutanées apparaître simultanément sur les diverses parties du corps, plaide dans le même sens et s'accommode mal d'une théorie parasitaire.

Il apparaît donc comme impossible d'admettre pour le psoriasis une origine parasitaire, que rien

ne justifie et contre laquelle s'élèvent des données précises.

Le Psoriasis, maladie générale

Nous admettrons donc que le psoriasis est une maladie générale de cause interne. Il s'agit d'en préciser la nature.

De nombreuses théories ont été émises, et le problème n'est cependant pas encore résolu.

Nous éliminerons tout d'abord l'hypothèse qui incrimine la syphilis, l'hérédo-syphilis. Le fait que le psoriasis ait été constaté assez fréquemment dans les trois années qui suivent le chancre, ne doit pas conduire à en faire une manifestation spécifique. Il faut plutôt, sinon voir là une simple coïncidence, du moins n'accorder à la syphilis que le rôle de cause déchaînante, par l'affaiblissement de l'organisme qu'elle produit. Et inversement les améliorations des lésions psoriasiques par le traitement mercuriel sont la conséquence indirecte de son action sur le tréponème.

Il faut faire une place à part au traitement par les arsenicaux, y compris le salvarsan et le néosalvarsan, qui, eux aussi, ont donné d'excellents résultats dans des accidents non syphilitiques, comme les tuberculides, le lichen plan. En effet l'arsenic est un agent thérapeutique utilisé dans d'autres maladies, comme la tuberculose, sans constituer d'ailleurs un

traitement spécifique. Nous y reviendrons plus loin.

Les caractères anatomopathologiques du psoriasis et des syphilides diffèrent sensiblement. Les deux peuvent se superposer, la première en date jouant vraisemblablement, dans ces localisations, le rôle d'irritation cutanée déterminant l'apparition de la seconde. En clinique, il est quelquefois difficile de différencier les formes circinées du psoriasis de certaines syphilides papulo-squameuses. La réaction de Bordet-Wassermann, le traitement d'épreuve, l'évolution, fourniront autant d'indications, et permettront de délimiter la part qui revient à chacune des deux affections.

Ajoutons qu'un psoriasique peut contracter la syphilis. D'ailleurs il semble que le psoriasis ait été connu avant l'apparition de la syphilis en Europe.

Il n'y a donc pas lieu d'incriminer cette dernière, tout en lui reconnaissant, en tant que processus infectieux, une influence povocatrice de l'apparition ou de l'aggravation du psoriasis, action aggravante qui s'exerce fréquemment aussi vis-à-vis de la tuberculose.

Nous éliminerons de même l'influence des glandes endocrines, du corps thyroïde, dont l'insuffisance a été accusée d'être la cause du psoriasis. L'argument anatomo-pathologique repose sur l'unique autopsie faite par Sergent où la seule lésion trouvée chez un psoriasique fut une atrophie du corps thyroïde. C'est évidemment peu, et à côté de ce fait, on a vu aussi le psoriasis coïncider avec l'hypertrophie thyroïdienne.

Il n'y a rien d'impossible à ce que l'hypothyroïdie se rencontre chez des psoriasiques : ce sont des cas disséminés dont on ne peut rien conclure et les améliorations obtenues par les injections d'extrait de corps thyroïde ne peuvent être que la conséquence de la stimulation de l'organisme par l'extrait suppléant à l'insuffisance glandulaire.

Ces faits prouvent seulement que le corps thyroïde n'est pas complètement étranger à l'apparition où à l'évolution de la dermatose, et il joue le rôle de facteur adjuvant.

Ces deux hypothèses écartées, il convient d'examiner les diverses grandes théories conçues, soutenues chacune par leurs partisans, et qui se sont combattues ou succédées.

Théorie nerveuse. — La théorie nerveuse est née de la constatation de coïncidence du psoriasis avec des accidents névropathiques, avec des névralgies, des migraines, des sciatiques ; elle s'est appuyée sur l'apparition de cette dermatose à l'occasion de chocs nerveux, d'émotions, et surtout sur les arthropathies que l'on a rapprochées de celles du tabès. Elle a trouvé des arguments dans les antécédents névropathiques, dans les quelques cas d'efflorescences psoriasiques disposées d'après les distributions nerveuses, dans la symétrie, observée quelquefois, de l'éruption, dans quelques troubles de la sensibilité tactile et thermique au niveau des lésions, et dans l'origine embryonnaire ectodermique commune du système nerveux et de la peau.

Or, l'anatomie pathologique n'a pas révélé de lésions particulières du système nerveux central et périphérique. Les arthropathies diffèrent sensiblement de celles du tabès. La coïncidence de troubles nerveux est rare, et ces troubles mêmes peuvent également être la conséquence du psoriasis dont la connaissance de l'incurabilité obsède le malade et peut le conduire à la neurasthénie.

Quant aux antécédents névropathiques, ils semblent devoir être négligés, puisque des névroses comme l'épilepsie tendent à ne plus être considérées comme héréditaires, et à n'être regardées que comme un syndrome dépendant de facteurs multiples parmi lesquels prédominent les infections qui frappent de préférence les cerveaux sensibilisés par l'hérédo-alcoolisme, l'hérédo-syphilis, etc. (Société de médecine de Paris, 9 janvier 1920. *Presse médicale* du 21 janvier 1920).

Les chocs nerveux n'interviennent que comme cause déterminante dans l'apparition du psoriasis chez des prédisposés. Quant aux localisations des placards suivant les trajets nerveux, elles sont bien loin d'être constantes, ni même fréquentes, et s'accompagnent d'ailleurs de lésions voisines non systématisées.

La symétrie des lésions, invoquée en faveur de la théorie nerveuse, loin d'être un argument « pour », semble bien être un argument « contre ». Besnier a dit que la plus symétrique des maladies de la peau est la gale, et Leredde que la dermatose dont l'ori-

gine nerveuse paraît la plus certaine est le zona, maladie asymétrique et unilatérale. Bien plus, pour Bœck, la symétrie des lésions constitue un argument puissant en faveur de l'hypothèse d'une origine toxinique,le système nerveux, sous l'inflence des toxines circulantes, intervenant pour régir la distribution.

Et effectivement, si le système nerveux joue dans certaines circonstances un rôle secondaire d'agent de liaison, ou d'agent provocateur des lésions ou de leur localisation, on ne pourrait admettre une action directe de sa part, sans rechercher la cause elle-même productrice de ce trouble nerveux, qui apparaît ainsi comme un intermédiaire entre la lésion cutanée et son origine plus ou moins lointaine.

La théorie nerveuse ne fait donc que reculer le problème ; elle ne peut en fournir la solution.

Théorie diathésique. — Avant cette orientation tendant à accorder au psoriasis une origine nerveuse, Bazin avait lancé le psoriasis arthritico-herpétique. Cette idée fut reprise par Gaucher qui disait, au Congrès international de dermatologie et syphiligraphie de Vienne en 1892 : « C'est un retour aux idées humorales que je voudrais tenter, car je crois qu'il est temps de revenir à l'ancienne doctrine française, trop oubliée, qui regardait les maladies de la peau comme les affections cutanées constitutionnelles ».

Et il définissait ainsi le psoriasis (*Gazette des Hôpitaux*, 1912, p. 389) : « ...cette affection appartient au groupe des dermatoses diathésiques qui présentent des rapports étroits avec d'autres manifesta-

tions très disparates, comme l'asthme, la goutte, le rhumatisme chronique, l'artériosclérose, les bronchites chroniques, l'emphysème. Comme toutes ces branches d'une même grande famille, le psoriasis est constitué essentiellement par un vice de la nutrition.

...Il s'agit, en effet, d'une auto-intoxication par une forte proportion de matières extractives azotées, de purines, corps à la fois très toxiques et très peu solubles ».

Il est certain que cette conception diathésique a pu sembler justifiée par la constatation de ces coïncidences par l'étude des antécédents héréditaires et personnels des malades, par l'influence quelquefois reconnue des écarts de régime. On a donc rangé le psoriasis dans ce groupe formidable qu'est, ou plutôt qu'était l'arthritisme avec Bouchard.

La question revient-elle alors à faire le procès de l'arthritisme ?

Ce serait une étude extrêmement complexe, que nous n'aborderons pas, et à laquelle il serait bien difficile d'apporter une solution.

On peut cependant constater que cette grande famille arthritique s'effrite peu à peu. Les bronchites à répétitions, l'emphysème, l'asthme, tendent à se ranger aux côtés de la tuberculose ; on met à part le rhumatisme chronique, dans lequel le rhumatisme tuberculeux tient une place prépondérante, et chaque jour affirme plus nettement la part de l'infection dans l'origine de la lithiase biliaire. « La maladie de Dupuy-

tren elle-même, écrit Bouygues (*Archives générales de médecine*, 2 octobre 1906) n'est pas une manifestation de la diathèse arthritique. Elle est de nature paratuberculeuse et reconnaît deux facteurs : une cause occasionnelle, le traumatisme ; une cause efficiente, la tuberculose ».

Il en résulte que les coïncidences de ces affections avec le psoriasis ne peuvent plus être invoquées pour rattacher ce dernier à l'arthritisme.

Par ailleurs, les troubles de l'élimination urinaire sont inconstants. Brocq et Ayrignac qui ont repris les recherches faites par Gaucher et Desmoulières, et par Dainville, concluent en tenant compte du régime, que l'étude des différents coefficients urologiques ne permet pas d'établir une formule urinaire caractéristique. L'influence du régime est incertaine et le plus souvent nulle : le psoriasis se rencontre dans toutes les classes de la société, et les statistiques le montrent également fréquent chez les peuples qui absorbent beaucoup de viande et chez ceux qui vivent sobrement. Le régime végétarien qu'on a préconisé a donné des résultats tout à fait contradictoires, et on a même publié des observations de psoriasis dans des familles de végétariens.

Il semble donc permis de douter que la diathèse arthritique puisse expliquer suffisamment la nature et l'origine du psoriasis.

Or, cette dermatose, est une maladie définie, bien caractérisée, qui présente des lésions connues, spéciales, évoluant toujours de la même façon. Il est

donc bien difficile de lui supposer des origines différentes, multiples, d'en faire un syndrome, ce ne serait qu'un pis aller. Au contraire, un certain nombre de faits pouvaient faire penser à une origine infectieuse.

Théorie infectieuse. — Nous avons vu que le microscope n'avait montré aucun organisme dans les lésions cutanées. Par contre l'anatomie pathologique montre l'inflammation. Les leucocytes sont nombreux ; d'un autre côté, les urines sont toxiques ; on peut voir de la lymphocytose et de la polynucléose. Il s'agit donc vraisemblablement d'une toxi-infection. Il était donc logique de tenter de découvrir dans l'organisme la source des toxines sécrétées qui allaient ainsi produire les lésions cutanées et quelquefois impressionner le système nerveux. C'est donc admettre qu'au psoriasis correspond, comme point de départ, un foyer microbien, soit que ce foyer soit constitué par un microbe spécifique, soit qu'il soit commun avec une autre affection latente ou en évolution, vers laquelle nous serions guidés par d'autres manifestations.

On a cherché un micro-organisme nouveau. Mais cette découverte n'a pas encore été réalisée. Cependant des essais ont été tentés.

M. J. Danysz, dans un compte rendu à l'Académie des Sciences (t. 164, p. 527), à la séance du 27 mars, ayant reconnu « que les lésions constatées dans les dermatoses sont causées par des intoxications localisées, ou, en d'autres termes, par la fixation en cer-

tains points de la peau de sécrétions microbiennes dont la transformation ou digestion sur place provoque les lésions qui caractérisent le psoriasis, les eczémas, les urticaires, etc... », écrit :

« Nous inspirant, entre autres des travaux de Sabouraud sur les dermatoses, il nous a semblé évident que l'appel des leucocytes, la formation des exsudats, la multiplication exagérée des cellules épithéliales, conjonctives, etc., ne pouvaient être provoquées que par la transformation que doit subir un antigène à l'endroit où il est fixé, et, comme, d'une part, on ne pouvait accuser aucun microbe spécifique de produire ces antigènes sur place, comme, d'autre part les changements de régime semblaient exercer une certaine action temporaire sur l'évolution des dermatoses, il était tout naturel de rechercher l'origine de ces intoxications, tout d'abord, dans la flore intestinale. »

Cette conception a conduit M. Danysz à l'élaboration d'un auto-vaccin obtenu avec des cultures pures diluées et tuées par la chaleur, de la flore intestinale du malade. Des améliorations ont été obtenues alors que d'autres cas sont restés rebelles. Dans l'ensemble, ces résultats ne semblent pas beaucoup plus constants qu'avec d'autres moyens. On a bien obtenu alors qu'on ne les espérait pas, des améliorations avec les sérums antitétanique, antidiphtérique ou antistaphylococcique, ou du simple sérum de cheval.

« Jusqu'à plus ample informé, écrit Sabouraud,

on ne peut guère penser qu'il s'agisse là d'une médication spécifique, et que ce traitement du psoriasis donne à la fois la clef de son origine et de son traitement. M. Danysz lui-même ne considère point l'action de ces entéro-vaccins comme spécifique, et dans un livre qui va paraître (*Origine, évolution, et traitement des maladies chroniques non contagieuses*, J.-B. Baillère, 1920) il cherche à expliquer par de tout autres raisons que leur spécificité, leur action curative ou suspensive sur les dermatoses, ou autres maladies chroniques. »

Nous sommes donc encore loin de la découverte d'un microbe spécifique.

D'un autre côté, des auteurs américains comme Schamberg, Kolmer, Ringer et Raizis ont fait, au laboratoire spécial de recherches établi à la polyclinique de Philadelphie, une étude directe du sérum et des squames. Ils ont élaboré ainsi un vaccin polyvalent qui n'a donné aucun résultat et dont l'inoculation au singe a été négative.

En revanche, l'examen ultra microscopique du sérum leur a montré dans 17 cas sur 19 la présence de corps bacillaires mobiles longs de 8 à 16 μ, alors que sur 18 autres dermatoses diverses, la même constatation ne put être faite que trois fois.

S'agissait-il de bacilles spécifiques ? Nous ignorons à quelles suites cette constatation a donné lieu.

LE PSORIASIS ET LA TUBERCULOSE

A côté de ces recherches sur la possibilité de doter le psoriasis d'un microbe pathogène, les constatations cliniques mettent à notre disposition un certain nombre de faits qui peuvent nous orienter vers une autre voie. Nous voulons parler de la tuberculose.

Si les anciens dermatologistes voyaient dans le psoriasis la maladie des bien portants, d'autres auteurs, comme par exemple Thiebierge, déclarent avoir rencontré souvent des sujets maigres, anémiés, tuberculeux, ou candidats à la tuberculose. Pollitzer, au Congrès de l'association dermatologique américaine en 1909, avançait que la tuberculose était rencontrée aussi fréquemment chez les psoriasiques que le rhumatisme. Il est vrai qu'en même temps S. Sherwell contestait le fait, et déclarait même n'avoir vu qu'une fois le psoriasis et la tuberculose associés ! Il faut remarquer qu'une telle affirmation, en dehors de toute opinion, ne peut être acceptée sans les plus expresses réserves.

L'observation de coïncidences répétées de ces deux affections eut pour résultat une évolution de

l'opinion de divers auteurs sur la nature de cette dermatose.

En 1912 (*Gazette des Hôpitaux*, p. 389), tout en concluant en faveur d'une affection diathésique, Gaucher disait : « En dehors de toute interprétation pathogénique, les faits cliniques sont nombreux à l'appui de cette affirmation que psoriasis et tuberculose s'associent étroitement. J'ai vu bien souvent les enfants d'une même famille, entachée de tuberculose, présenter, les uns du psoriasis, les autres des manifestations franchement tuberculeuses. Le psoriasique lui-même, primitivement indemne de localisations bacillaires, présente bien des fois dans le cours de son existence des atteintes de la tuberculose.

En particulier, j'ai vu tous les psoriasis aigus et suraigus, à variété scarlatiniforme, transformés en pityriasis rubra secondaire, évoluer tous vers une tuberculose pulmonaire mortelle. »

Et, en 1916, beaucoup plus affirmatif, quant à la relation de cause à effet entre le psoriasis et la tuberculose, il écrivait (*Presse médicale* du 7 novembre) que le psoriasis, rattaché par les auteurs à des origines très diverses, a, en réalité, pour cause initiale la tuberculose, ou mieux la toxiinfection tuberculeuse.

C'est en 1905 qu'il écrivit pour la première fois que le psoriasis avait des rapports étiologiques étroits avec la tuberculose. A mesure que le champ de la tuberculose se faisait plus vaste, les observations pouvaient se multiplier.

En effet, il ne s'agit pas seulement de la phtisie, mais de toutes les manifestations de la tuberculose, articulaires, osseuses, cutanées, ganglionnaires, viscérales, quelquefois laryngées et méningées. On peut voir en effet le psoriasis s'associer à la tuberculose pulmonaire, à l'emphysème chez des gens âgés, aux bronchites, à l'asthme, à la pleurésie, à l'ostéo-arthrite tuberculeuse, au mal de Pott, au rhumatisme tuberculeux chronique, au lupus, aux tuberculides, etc.

Si nous étudions les différentes circonstances et conditions de la production, de l'évolution, du traitement du psoriasis et de la tuberculose, nous allons trouver de nombreux rapprochements.

Le psoriasis, comme la tuberculose, est répandu partout. Des comparaisons sont difficiles en raison de la pénurie des statistiques concernant le premier. Cependant, en Amérique, une statistique ancienne de l'Association dermatologique donne 533 cas sur 16.863 maladies de peau, soit 3,16 o/o. White, à l'hôpital des Massachusetts, obtient 152 cas sur 5.000, soit 3,24 o/o, puis 1.924 cas soit 58.617 soit, 3.28 o/o.

En France, Audry, à Toulouse; a noté 160 cas sur 6.000 soit, 2,6 o/o.

A côté de ces chiffres oscillant autour de 3 o/o, en Ecosse, Mac Cale Anderson, de Glascow, a eu 725 psoriasiques sur 10.000 (chiffres déjà anciens: 1889) soit 7,25 o/o.

Et en Danemark, Nielssen proclame 993 cas sur 15.376, soit 6,4 o/o.

On peut donc constater qu'en Ecosse et en Danemark, le psoriasis est deux fois plus fréquent qu'en Amérique par exemple, la statistique d'Audry en France étant régionale et semblant inférieure à la réalité.

Cette constatation montre l'influence du climat et celle du froid, comme pour la tuberculose.

La guerre a provoqué une recrudescence du psoriasis. Le nombre est élevé des cas ayant débuté depuis le 2 août 1914, parmi les mobilisés. Souvent ce fut à l'occasion d'un choc nerveux, d'un traumatisme.

De même la tuberculose a augmenté aux armées, alors qu'elle restait à peu près stationnaire parmi la population civile (L. Rénon, *Paris médical* 1916).

L'hérédité, admise depuis longtemps pour l'une et l'autre affection, n'est mise en doute par personne. Les individus ne naissent pas infectés, mais possédant un terrain d'une réceptivité spéciale. Nous avons vu que, dans une même famille, on peut rencontrer des enfants psoriasiques, d'autres tuberculeux et présentant des lésions variées de bacillose. De même l'interrogatoire d'un psoriasique fait constater bien souvent des antécédents héréditaires ou collatéraux bacillaires. A ce sujet nous rapporterons quelques observations recueillies pendant la guerre, observations succintes, puisque nous n'avons pas pu continuer à suivre des malades.

OBSERVATION I (Personnelle)

Mme A. M..., vingt-six ans.

Antécédents héréditaires. — Mère vivante et bien portante. Père, boulanger, mort de tuberculose il y a longtemps. Deux sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels. — N'a jamais fait de maladie grave. Gastroentérite chronique depuis plusieurs années. Accouchement à terme il y a cinq ans d'un enfant mort. Petite, mais assez robuste.

En mars 1917, poussée nette mais discrète de psoriasis, aux coudes, aux bras, sur le dos. Cette dame déclare avoir cette affection depuis déjà plusieurs années avec poussées aux changements de saison, et disparition des éléments dans l'intervalle. Elle se montre tout à fait désolée de cet exanthème inesthétique, mais en réalité peu étendu.

A l'auscultation, aucune lésion pulmonaire ne peut être décelée.

OBSERVATION II (Personnelle)

Mlle G. H..., vingt et un ans.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Père et mère en bonne santé.

Une sœur en bonne santé. Une autre sœur morte de tuberculose pulmonaire le 29 janvier 1919.

Antécédents personnels. — Néant.

Fin novembre 1919, a vu apparaître sur la face dorsale de

l'avant-bras gauche, au coude gauche, sur les reins, les fesses, de petits nodules blanchâtres, secs, squameux caractéristiques des lésions de psoriasis guttata. Le signe d'Auspitz confirme ce diagnostic. En même temps acné.

A l'auscultation, rien aux poumons.

En janvier 1920, bronchite ; le 5 février, la bronchite est guérie. Plus de râles à l'auscultation : rien aux sommets.

Le psoriasis persiste sauf à l'avant-bras où il a disparu.

OBSERVATION III (Personnelle)

M. Ch. C..., vingt-sept ans.

Antécédents héréditaires. — Mère robuste et en bonne santé. Père mort jeune de tuberculose.

Antécédents personnels. — Mal de Pott dorsal remontant à l'enfance, soigné à Berck-Plage. Taille petite. Gibbosité. Porte un corset. Lupus de la joue gauche recouvrant toute la pommette, respectant le nez et les paupières.

En même temps, présente sur le thorax à la partie supérieure et surtout à droite, ainsi qu'à l'avant-bras gauche, face dorsale, et aux coudes des placards assez étendus de psoriasis. Cette affection est ancienne.

A été traité à Lille et à Paris ensuite, par des moyens divers, sans résultats notables. En 1917, ce malade prenait comme médication interne de l'histogénol. Sur le lupus, bleu de méthylène, héliothérapie. Sur le psoriasis, rien : à aucun moment, il n'y eut de rémission complète. Quelques améliorations passagères furent suivies de récidives.

On peut donc voir que dans les deux premières

observations, le psoriasis s'accompagne d'antécédents bacillaires, les malades elles-mêmes étant pour le moment, exemptes de manifestations tuberculeuses. Mais il ne serait pas impossible que de tels accidents viennent à se produire par la suite, et par impression personnelle nous n'en serions pas autrement surpris. Le troisième malade, en plus de ses antécédents héréditaires, présente personnellement des lésions nombreuses et graves.

Nous avons déjà vu que la fréquence du psoriasis variait avec les climats ; l'Ecosse, le Danemark, ont davantage de psoriasiques ; mais il ne s'ensuit pas que les pays chauds n'en aient pas. Le froid rend les poussées plus tenaces et plus aiguës. Elles sont en général plus fréquentes l'hiver. Chez d'autres malades elles se produisent de préférence à l'automne ou au printemps.

Toutes ces circonstances sont à peu près les mêmes qu'en ce qui concerne la tuberculose. Une vieille croyance populaire ne dit-elle pas que les saisons dangereuses pour les phtisiques sont le printemps et l'automne.

Le traumatisme est une cause provocatrice fréquente agissant pour déterminer, chez des prédisposés, la localisation des lésions. La guerre en a montré de nombreux exemples. Un traumatisme minime suffit souvent : cicatrices de blessûres, cicatrices vaccinales, brûlures, application de ventouses, de teinture d'iode, etc. Audry (In *Pratique dermatologique*) rapporte un cas de psoriasis développé

sur le périmètre des applications humides faites sur le thorax d'un pleurétique. On voit là une belle association de cette dermatose avec une manifestation tuberculeuse.

De même, un traumatisme peut déterminer la localisation de lésions tuberculeuses, comme une tuberculose osseuse ou articulaire.

Il est intéressant à ce propos de remarquer que sur 8 observations de psoriasis émotif ou traumatique publiées par Gaucher (*Paris-Médical*, 1916), nous trouvons :

2 sujets présentant des lésions de tuberculose.

1 emphysémateux, avec antécédents héréditaires bacillaires.

3 plus ou moins robustes et ayant des antécédents héréditaires ou collatéraux.

2 en bonne santé apparente, sans antécédents à signaler.

La tuberculose se retrouve donc six fois sur huit autour du psoriasis.

La gestation a vis-à-vis du psoriasis une influence analogue à celle qu'elle exerce sur la tuberculose, provoquant dans la majorité des cas une poussée plus aiguë et plus tenace. « J'ai connu, dit Gaucher, une dame dont chaque grossesse était accompagnée d'une poussée de psoriasis qui guérissait dans l'intervalle. » Cette accentuation marquée des lésions psoriasiques est la règle et une règle qui souffre si peu d'exceptions, que Petrini déclare son étonnement d'avoir observé une dame dont le psoriasis

disparaissait après la grossesse, pour reparaître après les couches. De pareils faits sont analogues aux cas où, à la faveur d'une hygiène particulièrement sévère et d'une alimentation riche, on voit les accidents pulmonaires s'amender chez des femmes, dont les fonctions digestives sont stimulées par la gravidité.

Il est certain cependant que la tuberculose pulmonaire est beaucoup plus gravement impressionnée par la gestation que le psoriasis, et il faut en voir la cause dans la congestion créée du côté de l'appareil respiratoire.

L'éthylisme joue manifestement un rôle, quelquefois dans l'apparition, le plus souvent dans l'aggravation du psoriasis, provoquant des lésions plus étendues, plus irritées, plus congestionnées, plus rebelles aux traitements, à telle enseigne que l'origine éthylique du psoriasis a presque été érigée en théorie. C'était vraisemblablement aller un peu loin. Mais l'alcool n'a-t-il pas une influence considérable sur la tuberculose, à tel point qu'il y a là une question sociale des plus graves?

Les maladies graves, les affaiblissements de l'état général sont susceptibles de provoquer l'apparition du psoriasis ou son aggravation. Tout ce qu'on peut dire à ce sujet s'applique également à la tuberculose, et les deux affections peuvent prendre naissance à l'occasion des mêmes troubles. Nous avons déjà vu que leur fréquence a augmenté pendant la guerre, en raison des mêmes causes, des fatigues, des conditions

anormales de la vie, des intempéries, etc, qui ont diminué la résistance de l'organisme et préparé ainsi la réceptivité du terrain. Les émotions, les traumatismes, ont été souvent les causes fortuites, déterminantes, chez ces individus en état de moindre résistance. Dès le début de la guerre, il nous a été donné de voir apparaître plusieurs fois du psoriasis chez des gens indemnes jusqu'à ce moment, et semblant en bonne santé. Dans le chaos des premiers mois, il était bien difficile de noter ces faits. Depuis, bien des cas ont été observés. Nous en rapporterons un qui nous a particulièrement frappé, parce que, sous l'influence d'une même cause, d'une maladie due à un hiver rigoureux, le psoriasis et la tuberculose ont fait une apparition presque simultanée.

OBSERVATION IV (Personnelle)

M. F..., quarante-quatre ans, sapeur au n° régiment du génie.

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé n'ayant jamais eu de maladie de la peau.

Antécédents personnels. — Ne déclare aucune maladie grave. A toujours été en bonne santé. Petit, mais musclé et robuste. fournit un travail normal sans défaillances. Aux armées depuis janvier 1915, n'a jamais cessé son service pour maladie ou indisposition.

Décembre 1916, a dû être évacué pour bronchite, contractée au cours d'un hiver très humide et froid, pendant

lequel ce sapeur a dû fournir un travail de nuit assez pénible. Revenu à son unité guéri en février 1917.

Au commencement de mars 1917, vient à la visite consulter au sujet d'une éruption siégeant sur le dos, les fesses, les bras, constituée par des papules recouvertes de squames micacées blanches, dont les plus gros éléments ne dépassent pas la grandeur d'une pièce de un franc. Le sapeur déclare n'avoir jamais eu de semblables « boutons » dont l'apparition est toute récente. Nous pensons tout de suite au psoriasis, dont ces lésions semblent caractéristiques. Le signe d'Auspitz nous confirme cette opinion.

Nous souvenant de l'enseignement de M. le professeur Gaucher, nous examinons aussi attentivement que possible l'appareil respiratoire sans trouver aucun foyer suspect, sauf un peu de retentissement de la voix et de la toux aux deux sommets surtout à gauche. Il faut ajouter que le sujet depuis cette bronchite assez sérieuse, remontant à deux mois et demi, à maigri de plusieurs kilogrammes : cependant il déclare avoir bon appétit et ne pas se sentir de mal.

Après l'avoir revu une seconde fois huit jours plus tard, les lésions cutanées ayant peu augmenté, et les signes sthétoscopiques étant à peu près les mêmes, sauf une rudesse respiratoire plus accentué à gauche, nous a-t-il semblé, nous l'évacuons sur l'hôpital auxiliaire n° 50 en mentionnant « sommets suspects ». L'analyse des crachats faite alors a eu un résultat positif. Ce malade, soigné à Berck-Plage, fut envoyé plus tard au sanatorium d'Anjicourt, puis réformé pour des lésions pulmonaires.

Malgré nos recherches, nous n'avons pu retrouver ce

malade, et nous n'avons pu suivre plus longtemps l'histoire de sa maladie.

De cette observation, on peut repprocher la suivante :

OBSERVATION V (résumée.)

(Batigne, *Psoriasis et tuberculose. Revue int. de Méd. et Chir.*, 1918, p. 59.)

M. P...

Antécédents héréditaires. — Père mort de « cancer des fumeurs ». Mère bien portante. Aurait eu au coude droit, à la suite d'un traumatisme, des lésions chroniques (bacillaires ?) ayant nécessité un grattage. Sœur ayant une « sorte d'herpès » du cuir chevelu. Un fils sujet à furoncles, s'enrhumant facilement.

Antécédents personnels. — Poitrine délicate. Bronchite grave à douze ans. Gastroentérite chronique depuis six ans.

Fin décembre 1914 « sorte » de congestion pulmonaire, dit-il. En décembre 1914, janvier 1915, eut des écorchures aux jambes qu'il ne traita pas. Il en remarqua l'agrandissement et l' « exfoliation », dit-il.

Septembre 1915, l'éruption se généralise, sous forme de petites taches ou gouttes, sèches, squameuses, sur tout le corps, les membres, aussi bien du côté de la flexion que du côté de l'extension, particulièrement aux cuisses, le dos, le ventre, la poitrine. Traitement externe.

Le 10 septembre 1915, évacué pour psoriasis et entorse.

Au cours de son hospitalisation, il eut une première bronchite dans l'hiver 1915-1916 ; deuxième bronchite à Vichy en décembre 1916. Janvier-février 1917, avec amaigrissement, mauvais état général, sommets suspects.

On porte le diagnostic d'infiltration bacillaire du sommet droit et on l'envoie à Amélie-les-Bains.

Examen radioscopique : obscurité des deux sommets. A Amélie-les-Bains, diagnostic confirmé de bronchite des sommets : à droite, submatité, vibrations exagérées, retentissement de la toux ; — à gauche, retentissement de la toux, râles discrets inspiratoires.

On peut voir par ces observations que non seulement le psoriasis et la tuberculose coïncident, mais encore que leur apparition presque simultanée à la faveur d'un affaiblissement de l'organisme, semble bien devoir être imputée à la même infection. Cette simultanéité exclut en effet la possibilité d'accuser le premier apparu d'avoir favorisé par sa répercussion sur l'état général, la naissance du second.

A côté des cas où le psoriasis s'accompagne chez le même sujet de manifestations tuberculeuses, ou bien où les malades ont des ascendants, descendants ou collatéraux bacillaires, on en rencontre où l'examen clinique ne montre pas trace de tuberculose. Il n'en faut pas conclure qu'elle n'existe pas.

La cuti-réaction et l'ophtalmo-réaction donnent souvent alors des résultats positifs. Par comparaison avec des dermatoses tuberculeuses, comme le lupus et les tuberculoses verruqueuses d'un côté, et des

lésions non tuberculeuses d'un autre côté, on voit que dans le premier cas on a un résultat constamment positif; ce résultat est encore positif dans plus de la moitié des cas pour le psoriasis, alors que la proportion est beaucoup plus faible dans les autres lésions. Sur six psoriasiques, Milian a obtenu cinq cuti-réactions positives.

Les cas positifs sont une indication nette. Ceux qui sont restés négatifs ne doivent pas faire éliminer la tuberculose. En effet, des individus qui présentent cliniquement des lésions bacillaires nettes ne réagissent pas toujours. Environ 20 o/o des réactions restent négatives, et elles se rapportent à des tuberculoses chirurgicales bénignes (d'après statistiques de Lesieur). Or si l'on veut admettre que le psoriasis est dû à une toxiinfection tuberculeuse, c'est une manifestation essentiellement atténuée et bénigne.

D'ailleurs, par analogie, une réaction de Bordet-Wassermann négative ne prouve pas du tout que l'individu ne soit pas syphilitique. Ces insuccès indiquent simplement dans l'un et l'autre cas que l'infection est assez atténuée pour ne pas pouvoir être décelée par les moyens actuellement connus.

Les inoculations de tuberculine peuvent non seulement faire réagir les efflorescences psoriasiques, mais encore en faire apparaître (Menger, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1913, n° 33, p. 1599). Ces cas sont cités d'éruptions psoriasiformes, à la suite d'injections de tuberculine, chez des sujets non psoriasiques.

Ajoutons que le psoriasis produit constamment une déminéralisation, une élimination parfois énorme de chlorures, et de l'hyperphosphaturie, troubles analogues à ceux qu'on rencontre dans la tuberculose. Il se complique fréquemment d'arthropathies, qui ont tous les caractères du rhumatisme tuberculeux chronique.

Enfin, au point de vue objectif, il y a des faits de transition entre le psoriasis et le parapsoriasis qui affirme sa nature tuberculeuse par la présence de cellules géantes.

La question du traitement réunit encore la tuberculose et le psoriasis. On a vu des traitements dirigés uniquement contre l'affection pulmonaire agir sur les lésions cutanées. Mais il n'en est pas toujours ainsi. La thérapeutique ne possède pas encore le médicament spécifique du psoriasis, pas plus d'ailleurs que celui de la tuberculose.

Mais on peut constater que les moyens employés sont souvent les mêmes : radiothérapie, héliothérapie, goudrons, huile de foie de morue, strychnine. Les arsenicaux surtout ont présenté l'action la plus constante, le cacodylate de soude, l'énésol et même le néosalvarsan. A côté d'insuccès, ce dernier a donné des résultats très brillants. Audry en cite des cas, un en particulier chez une personne atteinte à la fois de syphilis, de tuberculose et de psoriasis, où celui-ci fut guéri en huit jours. Mlle Lavergne, dans sa thèse, présente plusieurs observations et cite 7 cas de Carlos da Costa, tous chez des sujets indemnes de

syphilis, et rapproche ces faits des résultats obtenus par le même médicament dans les tuberculides cutanées et le lichen plan.

Plus récemment, depuis la guerre, on a utilisé des injections d'huile camphrée soufrée contenant encore du gaïacol et de l'eucalyptol. Cette préparation qui est parasiticide et modificatrice de l'arthritisme par le soufre, balsamique par l'eucalyptol, antibacillaire par le gaïacol, tonique par le camphre « peut être, selon les conclusions de M. P. Duret, efficace pour améliorer le terrain et pourra avoir une influence préventive sur l'évolution de cette maladie qui prédispose à la tuberculose. »

Il est évident que ces agents thérapeutiques divers ne peuvent être considérés comme ayant une action spécifique directe sur la dermatose qu'ils ont modifiée. Ils agissent sur l'état général dont l'amélioration s'accompagne de celles des lésions cutanées. De même la tuberculose ne bénéficie que de la même action indirecte.

DISCUSSION

De cet exposé nous pouvons déduire que, si les lésions anatomo-pathologiques, inflammatoires, avec absence de microorganismes ; la toxicité urinaire ; la lymphocytose et la polynucléose, inconstantes, il est vrai ; l'apparition fréquente des éléments simultanément dans les diverses parties du corps, rendent légitime l'hypothèse d'une toxi-infection ; si en même temps la chronicité d'une telle affection suppose une infection originelle capable d'évoluer lentement, la tuberculose remplit, d'un côté, toutes ces conditions, et d'un autre côté présente avec le psoriasis des rapports étroits.

Non seulement le psoriasis et la tuberculose se superposent fréquemment chez le même individu, non seulement ces deux affections alternent parmi les membres d'une même famille, mais encore elles reconnaissent les mêmes influences climatériques, saisonnières, physiologiques et pathologiques. En outre, elles produisent des troubles de l'organisme identiques, déminéralisation, hyperphosphaturie, etc., et présentent des formes de passage.

Cette association est trop fréquente pour qu'on

puisse ne voir là qu'une simple coïncidence, due au hazard ou à l'action provocatrice de la première maladie apparue, en l'espèce le psoriasis, qui a le plus souvent la priorité. On voit d'ailleurs les deux affections apparaître simultanément, à l'occasion de la même cause, comme les manifestations d'un même processus.

Si la constation de ces coïncidences n'a pas été faite et publiée beaucoup plus tôt, c'est qu'aussi bien le cadre des manifestations tuberculeuses était beaucoup plus restreint. A mesure, qu'autour de la phtisie, venaient se grouper d'autre lésions tuberculeuses ou susceptibles de l'être, elles aussi, le psoriasis trouvait de nouveaux contacts avec la tuberculose.

En effet, n'est-il pas remarquable de constater que de nombreux transfuges du groupe « arthritisme », comme l'asthme, l'emphysème, le rhumatisme chronique, les bronchites chroniques, tendent à se ranger dans le groupe « tuberculose » en entraînant le psoriasis avec lequel ils gardent leurs relations ! Ainsi les mêmes liens qu'on revendiquait pour rattacher cette dermatose à l'arthritisme, servent aujourd'hui pour justifier ses relations avec la tuberculose !

Faut-il alors adopter l'opinion de Poncet ? « Ainsi donc fréquemment les lésions dites arthritiques ne sont que l'expression de tuberculoses locales bénignes, et si le mot « arthritisme » doit être encore conservé, il ne doit avoir d'autre signification que celle de terrain vacciné contre une tuberculose maligne ».

Cependant l'arthritisme intervient en tant que terrain spécial sur lequel diverses affections se développent suivant un mode de réaction particulier. On a prétendu longtemps que l'arthritisme et la tuberculose s'excluaient, mais on est revenu de cette opinion: la phtisie n'est pas rare chez les arthritiques. Mais elle y pousse mal. Et, partant, il est permis de penser que la seule manifestation tuberculeuse chez de tels sujets, peut se borner au psoriasis, forme atténuée bénigne.

Et d'ailleurs, quelles raisons pourraient être invoquées pour s'opposer à ce que la toxi-infection provocatrice du psoriasis soit la toxi-infection tuberculeuse ? Ne connaissons-nous pas d'autres dermatoses, classées sous le nom de tuberculides qui ne présentent ni cellules géantes, ni bacilles, ne tuberculinisent pas le cobaye et ne réagissent pas à la tuberculine ?

Landouzy a dit : « La spécificité lésionnelle n'existe pas en tuberculose. Il n'y a que la spécificité causale ». Et M. Poncet écrit : « La tuberculose ne peut plus tenir dans l'étroite formule du passé. Anatomiquement, nous avons montré que le tubercule n'était plus le minimum exigible pour pouvoir prononcer ce nom.

Bactériologiquement, Arlouing a établi que, par divers artifices de laboratoire, on obtenait des bacilles de virulence de plus en plus faible, et qu'à ces bacilles de moins en moins actifs, correspondaient des lésions de moins en moins spécifiques, jusqu'à devenir franchement banales » (*Lyon-médical*, 1907)

Puisque la toxine tuberculeuse est capable de produire des lésions atypiques de la nature de celles du psoriasis, et que d'un autre côté la clinique révèle très fréquemment la présence de la tuberculose, il est permis de supposer qu'il y a là une réaction de cause à effet, dont une preuve expérimentale peut être fournie par les inoculations de tuberculine, susceptibles de faire réagir les efflorescences psoriasiques, ou même de les faire apparaître.

CONCLUSIONS

Le psoriasis nous apparaît comme une lésion cutanée causée par une toxi-infection.

Ses rapports étroits avec la tuberculose nous conduisent à nous croire autorisé à considérer comme la plus rationnelle, malgré l'absence d'une preuve scientifique absolue, l'hypothèse d'une toxi-infection tuberculeuse.

Il en résulte, qu'en pratique, il y a lieu d'exercer sur les sujets psoriasiques une surveillance constante, capable de déceler, dès leur début, les manifestations bacillaires susceptibles de se produire.

Le Président de la thèse,
LETULLE

Le Doyen :
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Audry. — Article « Psoriasis », in « Pratique dermatologique », t. II.

— Psoriasis et tuberculose (Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, 1913, p. 98).

Balzer et Mlle *Condat*. — Psoriasis et Syphilis (Bulletin de la Soc. Franç. de Dermatologie et Syphiligraphie, mars 1912).

Batigne. — Psoriasis et Tuberculose (Revue Internationale de Médecine et de Chirurgie, 1918, p. 59.)

Bertrand. — Le pityriasis versicolor du thorax, signe indirect de tuberculose pulmonaire au début (Semaine. médicale, 12 avril 1905).

Bonnet. — Note sur l'anatomie pathologique du psoriasis (Lyon-médical 1907, p. 349).

Brac. — Considérations générales sur la nature et le traitement du Psoriasis (Bulletin général de Thérapeutique 1913, p. 661).

Brocq, — Parapsoriasis (Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, avril 1902).

— Article « Psoriasis », in Traité élémentaire de Dermatologie pratique, 1907, t. II.

— Quelques réflexions sur l'étiologie du psoriasis, à propos des récentes publications Américaines (Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, 1910, p. 156).

— Conceptions générales des Dermatoses, entités morbides vraies, syndromes objectifs, etc... (Annales de Dermatologie et Syphiligraphie. 1916-1917, p. 546).

Broc et *Ayrignac*. — L'urine des psoriasiques (Annales de Dermato logie et Syphiligraphie 1906, p. 433.

Brocq et *Desgrez*. — La nutrition dans les dermatoses (Annales de Dermatologie et Syphiligraphie 1905, p. 681).

Buckley. — Discussion sur la nature du psoriasis (Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, 1886).

Carton. — La Tuberculose par Arthristisme.

Chatin et *Druelle*. — Le Psoriasis chez les syphilitiques (Journal des maladies cutanées et syphilitiques avril 1902).

Civatte. — Parapsoriasis de Brocq. Thèse de Paris, 1905-1906.

Courmont (*J.*). — Compte rendu de la conférence internationale de la tuberculose (Lyon-médical, 1907, p. 677).

I. Danysz. — Comptes rendus à l'Académie de sciences, t. 163, p. 748 ; t. 164, p. 527.

Dujardin. — Le Psoriasis est-il une tuberculide (Progrès médical Belge, 1914, p. 3).

— Recherches cliniques sur l'étiologie du psoriasis (Journal médical de Bruxelles, 1911, nos 24 et 25).

Gaucher. — Le psoriasis (Journal des praticiens, 1909, p. 803).

— Etiologie et symptômes du psoriasis (Gazette des Hôpitaux, 1912, p. 389).

— Psoriasis et rhumatisme articulaire aigu (Bulletin de la Soc. franç.de Dermatologie et Syphiligraphie, 1912, p. 154).

— L'origine tuberculeuse de psoriasis (Paris-médical, 1917, p. 342).

Gaucher et Klein (*Mlle*). — Le psoriasis émotif et traumatique (Paris-médical, 1916, p. 428).

Gaucher et Desmoulières. — Troubles de la nutrition et de l'élimination urinaire dans le psoriasis (Journal de physiologie et de pathogénie, mars 1905).

Gougerot. — Bacilloses non folliculaires. Thèse de Paris, 1908.

— Vénéréologie et dermatologie depuis la guerre.

Gougerot et Laroche.—Pathogénie des tuberculides cutanées (Gazette des Hôpitaux, 1912, 27 janvier et 23 février).

Guérin. — Note sur l'étiologie et le traitement du psoriasis dans la zone des armées (Journal des praticiens, 1916, p. 153).

Hallopeau. — Tuberculose psoriasiforme du genou.(Congrès international de tuberculose. Paris, 1905).

— Sur un cas de tuberculides disséminées sous forme d'érythèmes,de sclérodermie et de desquamations psoriasiformes avec ostéopathies et arthropathies multiples (Bulletin de la Soc. franç. de Dermatologie et Syphiligraphie, 1908, p. 240).

Hamel. — Etude étiologique sur le psoriasis. Thèse de Paris, n° 130, 1906-1907.

Haslund. — Histologie et pathogénie du psoriasis (Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, 1913, p. 633).

Huéron. — Contribution à l'étude du psoriasis arthropathique. Thèse de Paris, n° 289, 1913-1914.

Janvier. — Psoriasis chez deux conjoints (Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, 1905, p. 714).

Jeanselme. — Du rôle des irritations cutanées dans l'étiologie du psoriasis (Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, 1903, p. 930).

Jourdanet. —Les tuberculides cutanées atypiques (Archives générales de médecine, 1917).

Landouzy. — Hérédité tuberculeuse (Revue de Médecine, 1891).

— Prédispositions tuberculeuses (Revue de médecine, 1899).

Lavergne (Mlle). — Traitement par le néosalvarsan des tuberculides, du lichen plan, du psoriasis. Thèse de Paris, n° 301, 1913-1914)..

Leredde. — Revue pratique des maladies cutanées, 1905.

Leroy. — De la pathogénie du psoriasis (Paris-médical 1913, p. 435).

Lipschütz. — Recherches sur le psoriasis vulgaire (Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, 1910, p. 606).

Maurin. — Psoriasis et tuberculose inflammatoire. Thèse de Bordeaux, n° 100, 1912-1913).

Menzer.— Bactéries dans le psoriasis (Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, 1913, p. 633).

Michel. — Le rhumatisme tuberculeux dans les tuberculoses cutanées. Thèse de Lyon, 1903-1904.

Milian. — Psoriasis et athropathies (Bulletin de la Société française de Dermatologie et Syphil., 1911, p. 179).

Milian et Pinard. Parapsoriasis en gouttes. Sa nature tuberculeuse (Bulletin de la Soc. médicale des Hôpitaux. Séance du 26 avril 1907).

Moutier. — Psoriasis et traumatisme (Revue de neurologie. Paris 1916).

Nicolas et Gauthier. — Cuti-réaction et ophtalmo-réaction dans les diverses dermatoses d'origine tuberculeuse ou non (Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, 1907, p. 704).

Oro et Mosca. — Contribution à l'étude dupsoriasis (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1903, p. 270).

Pautrier. — Les tuberculides cutanées atypiques. Thèse de Paris, 1903).

Petges et Desqueyroux. — Tuberculose inflammatoire et psoriasis (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, mars 1913).

Petrini. — Influence de la grossesse sur le psoriasis (Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1912, p. 484).

Piery et Renoux. — Le ptyriasis versicolor, dermato-mycose tuberculeuse (Lyon-médical, janvier 1906).

Pollitzer. — Etiologie du psoriasis (Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, 1910, p. 401).

Poncet et Leriche. — La tuberculose inflammatoire, 1912.

— Tuberculose inflammatoire et arthritisme (Lyon médical, 1907).

Sabouraud. — Quelques mots sur les traitements internes du psoriasis (Presse médicale, 21 janvier 1920).

Schamberg-Kolmer. — Résultat de recherches sur le psoriasis (Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, 1914-15, p. 502).

Sebillot. — Du rôle de la tuberculose dans l'étiologie du psoriasis. Thèse de Lyon, nº 30, 1912-1913.

Sellei. — Etiologie du psoriasis (Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, 1910, p. 606).

Soulaine. — Le psoriasis et la tuberculose. Thèse de Bordeaux, nº 5, 1915-1916.

Tortelier. — Contribution à l'étude de l'étiologie du psoriasis Thèse de Paris, 1893-1894.

Verroti. — Histopathogénie du psoriasis (Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, 1903, p. 633.

Winfield. — La cause du psoriasis (Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, 1913, p. 633).

Imp. de la Lib. A. MALOINE & FILS, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris. — 4509-20